

67
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 janvier 1892, à 1 heure

Par GEORGES LEVADOUX

Né à Tauver (Puy-de-Dôme) le 24 août 1867

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien moniteur à la clinique d'accouchement de la Faculté

Médaille de bronze de l'Assistance publique

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

SUR LE

CANCER ÉPITHÉLIAL DU REIN CHEZ L'ADULTE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { RICHELLOT, professeur.
 { SCHWARTZ, BAR, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

67

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 janvier 1892, à 1 heure

Par GEORGES LEVADOUX

Né à Tauver (Puy-de-Dôme) le 24 août 1867

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien moniteur à la clinique d'accouchement de la Faculté
Médaille de bronze de l'Assistance publique

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

SUR LE

CANCER ÉPITHÉLIAL DU REIN
CHEZ L'ADULTE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { RICHELLOT, professeur.
 { SCHWARTZ, BAR, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	EROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLÉY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	REITTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'éternelle affection.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

Commandeur de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS TARNIER ET STRAUS
MESSIEURS LES DOCTEURS DE SAINT-GERMAIN
AUD'HOUI, LUY, GOMBAULT DE PARIS
GAGNON, TISSIER, BOUSQUET, POJOLAT DE CLERMONT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0083

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE
SUR LE
CANCER ÉPITHÉLIAL DU REIN

Chez l'adulte

AVANT-PROPOS

Le cancer du rein a attiré de tous temps l'attention et des chirurgiens et des histologistes, les premiers ont essayé de sauver leurs malades sans grands succès d'ailleurs, les seconds se sont contentés de faire des coupes et de les examiner.

On a donc décrit des sarcomes, des carcinomes, des adéno-carcinomes, des épithéliomes et des adénomes. Quelle est la juste limite assignable entre toutes ces tumeurs; la chose est difficile à dire, attendu que le rein étant composé d'éléments multiples, on peut retrouver toutes les formes parmi les néoplasmes qui l'envahissent.

Nous nous contenterons d'étudier l'épithéliome du

rein et nous tâcherons de démontrer qu'il est plus fréquent qu'on ne pense.

Avant d'entrer dans le vif de la question nous devons remercier les maîtres zélés et bienveillants qui nous ont guidé avec tant de sympathie dans nos études médicales.

Nous priérons donc M. le professeur Tarnier de vouloir bien accepter nos remerciements, autant pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse que pour les bonnes leçons qu'il nous a prodiguées, alors que nous étions son externe, et quelque temps après moniteur à la clinique d'accouchement.

Nous envoyons à notre cher maître M. le Dr Gombault l'assurance de notre respectueuse sympathie et de notre profonde reconnaissance.

MM. les Dr de Saint-Germain, Aud'houi, Luys, M. le professeur Straus, M. le professeur agrégé Bouilly, MM. Chevallereau et Tissier, ont droit à tous nos remerciements pour les bienveillants conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

Nos premiers maîtres de l'école de Clermont-Ferrand, MM. les Drs Gagnon, Tissier, Bouquet et Pojolat, nous permettront de leur envoyer l'expression de nos sincères remerciements.

HISTORIQUE

La question des tumeurs a donné lieu à des discussions sans fin.

Valdeyer, Rindfleisch, Malassez, Deffaut, Ranvier et Cornil ont tous apporté leur pierre à cet édifice interminable sans parler du maître regretté, M. le professeur Robin.

Il est enfin admis, selon la loi de Müller, que les éléments d'une tumeur se retrouvent toujours dans l'organisme, soit complètement développé soit à l'état embryonnaire.

Toute tumeur d'après cette loi en somme se développe par prolifération de cellules préexistantes, donc suivant le tissu on aura des fibromes, des myxomes, des sarcomes, des épithéliomes, etc., etc...

Nous allons nous efforcer d'étudier l'épithéliome du rein, de montrer que s'il n'est pas plus fréquent, c'est que très souvent il n'a pas été vu ou a été qualifié de carcinome.

Cette œuvre modeste, hâtons-nous de le dire, n'est pas une œuvre originale. Nous nous sommes inspirés des travaux précédents et des observations publiées dans

les *Bulletins de la Société anatomique* parus depuis environ 4 ans, c'est-à-dire depuis le moment où la plupart des pièces sont accompagnées d'un examen histologique suffisant. Notre travail tend surtout à mettre au point la question de l'épithéliome du rein, et nous espérons réussir dans la tâche que nous nous sommes imposée.

DE L'ÉPITHÉLIOMA DU REIN

DÉFINITION. FRÉQUENCE.

L'épithélioma du rein est comme tous les néoplasmes de même nature constitué par du tissu épithélial en amas irréguliers et n'affectant jamais une forme d'organe défini.

Mais dans cet épithéliome proprement dit, on peut faire rentrer deux autres néoplasmes, l'adénome et le carcinome du rein.

En effet, si l'on considère l'épithéliome du rein comme une végétation dérégulée et indéfinie des éléments parenchymateux du rein, l'adénome en est la végétation réglée et définie reproduisant l'aspect glandulaire de l'organe.

Sabourin a dit « au point de vue histologique, les adénomes du rein sont des épithéliomes métatypiques, au point de vue symptomatique ce sont des tumeurs bénignes ».

Les adénomes sont tellement bien des épithéliomes, que d'après de nombreux travaux, si on les enlève, ils récidivent sous la forme du tissu qui lui servait de support sous forme de tissu épithélial (Virchow, Billroth, Cornil et Ranvier).

Quant au carcinome, on comprend très bien que le néoplasme se développant, les cellules épithéliales émigrent dans le tissu conjonctif rénal, s'y creusent des cavités séparées les unes des autres par des travées fibreuses, qui constituent alors la trame alvéolaire du pseudo-carcinome qui n'est plus au fond qu'une tumeur épithéliale.

Pourquoi doit-on appeler carcinome ce qui n'est que du tissu épithélial ?

Appelez la tumeur de son vrai nom et vous verrez qu'elle sera de plus en plus fréquente.

Nous pouvons en citer un exemple. La thèse de M. Chevalier contient 120 observations de tumeur du rein.

La bonne moitié de ces observations n'est pas suivie d'examen histologique, et les tumeurs enlevées sont désignées sous le nom de sarcomes, adénomes, carcinomes. Nous y avons trouvé cependant 13 cas d'épithéliome, et nous aurions pu en recueillir davantage si nous ne nous étions contentés des cas précis.

D'un autre côté, le rein polykystique, si bien étudié dans la thèse de Lejars, n'est-il pas un vulgaire épithélium mucoïde !

Il faut y joindre l'épithéliome pavimenteux développé aux dépens de cellules du bassinot, que Rundrat a décrit tout récemment et qui se rapproche des tumeurs du même genre observées dans la vessie.

DU CANCER ÉPITHÉLIAL DU REIN.

Le cancer épithélial du rein peut débiter ou dans les tubes urinifères ou dans les bassinets. Quand il débute dans les bassinets, c'est l'épithélioma pavimenteux lobulé (Kundrat). Cette première forme est excessivement rare. Quand il débute dans les tubes c'est la forme ordinaire (épithélioma cubique) qui se divise en deux variétés. La première, qui est exceptionnelle, est l'épithéliome kystique.

La deuxième est la forme la plus fréquente.

Nous n'étudierons que cette dernière et nous lui décrirons trois étapes.

1^{re} ÉTAPE.

Étape anatomo-pathologique.

2^e ÉTAPE.

Étape chirurgicale.

3^e ÉTAPE.

Étape médicale.

1^{re} *Étape anatomo-pathologique.*

Ce premier stade constitue l'adénome du rein de Sabourin.

La tumeur se trouve située dans la substance corticale et atteint le volume d'une tête d'épingle sans dépasser celui d'une noisette elle, est souvent multiple.

C'est pendant cette période qu'on peut qualifier de circonscrit l'épithélioma du rein. Il se produit en effet le fait suivant : la capsule propre du rein subit une sorte d'irritation chronique ; elle s'épaissit, quoique en s'amincissant par places, elle cède rarement, ne laisse passer aucun produit néoplasique et pourrait être enlevée facilement, si le diagnostic, à cette époque de la maladie n'était pas pour ainsi dire impossible. Le ballotement rénal n'existe pas encore, l'hématurie manque le plus souvent ; il ne reste donc plus que la douleur, signe peu certain.

2^e Etape. — Etape chirurgicale.

Nous arrivons au côté intéressant, au côté pratique de la question. A ce stade la tumeur a augmenté de volume ; elle atteint celui d'une noix, elle devient aussi grosse qu'une mandarine, elle égale parfois le volume de la tête.

Les douleurs sont constantes, deviennent atroces, le rein augmente de volume, les hématuries sont abondantes, épuisent le malade, on l'opère et le plus souvent il meurt.

Nous venons d'exagérer en noir le pronostic de cette étape. Les opérations radicales ont donné des résultats parfois satisfaisants, mais les malades ont été perdus de vue, et il aurait été intéressant de connaître leur

sort ultérieur. Les observations que nous avons lues sont muettes à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, les observations de la thèse de M. Chevalier sont intéressantes au point de vue anatomo-pathologique. Elles concernent toute l'étape chirurgicale de l'épithéliome du rein.

Dans l'observation n° 1, le rein droit était doublé de volume, les ganglions du hile étaient envahis et la veine rénale avait ses parois infiltrées jusqu'au près de la veine cave.

Dans l'observation n° 2 le rein droit présentait à son extrémité supérieure englobant la capsule une tumeur grosse comme une mandarine.

Dans l'observation n° 20 le rein droit était le siège d'une tumeur pesant 4 kilogr. 775 grammes.

Dans l'observation n° 24, le rein gauche était envahi par un épithélium du poids de 485 grammes.

L'observation n° 53 est très intéressante.

Le rein gauche était envahi par une tumeur qui se propageait à la colonne vertébrale. A la suite de néphrectomie, il y eut semblant de guérison, deux mois après la vulve était atteinte d'épithéliome.

L'observation n° 66 nous montre le rein droit envahi par une tumeur essentiellement épithéliale pesant 1590 grammes.

Les bassinets et les calices formaient une vaste poche dilatée; une masse cancéreuse du volume du

poing faisait saillie dans le bassin qu'elle obturait.

Dans l'observation 67 le rein droit était atteint d'un épithéliome cylindrique pesant 350 grammes.

L'observation 78 est la plus curieuse au point de vue du volume de la tumeur. L'épithélium avait le volume d'une tête d'enfant.

On voit par ce détail rapide que ces néoplasmes épithéliaux peuvent atteindre toutes les dimensions, et l'on comprend à quelle erreur de diagnostic elles peuvent conduire quand elles se présentent chez le sexe féminin.

La thèse de M. Chevalier ne cite pas du reste des résultats merveilleux quand il y est question de succès opératoires. Le cancer du rein est comme toutes les néoplasies, il ne donne et ne donnera toujours que des mécomptes parfois tardifs, mais sûrs aux chirurgiens audacieux.

3^e étape. — *Étape médicale.*

Nous arrivons au troisième stade de l'épithéliome rénal, à l'étape médicale, la plus intéressante pour nous.

A cette période, le malade offre tous les symptômes de la cachexie, les douleurs deviennent intolérables (comme en fait foi une de nos observations), les hématuries se succèdent sans interruption et le patient finit par succomber avec une teinte jaune paille accusée, mais les progrès de l'amaigrissement sont masqués par l'hydropne.

A cette époque de l'affection le cancer est toujours en partie enkysté par suite de l'épaississement de la capsule rénale dont nous avons parlé plus haut, mais, en revanche, il se propage par les vaisseaux. La veine rénale est envahie par des noyaux cancéreux, qui, lancés dans la circulation, se rendent un peu partout, jusqu'à la vulve, comme le démontre un cas de Chevalier.

Si le rein droit est envahi que se passe-t-il ?

La veine cave participe à l'infection, donne lieu à des embolies cancéreuses déterminant des noyaux secondaires dans le poumon.

Les lésions artérielles sont presque nulles, mais les veines sont toujours atteintes par la dégénérescence néoplasique.

Quand l'injection n'a pas lieu par les veines elle se produit par les vaisseaux lymphatiques.

Dans la deuxième observation que nous citons qui est de M. Brault, la tumeur était un épithéliome cylindrique composé de cellules allongées à sommet arrondi et à protoplasma clair.

Le néoplasme avait pénétré dans les trous de conjugaison, il avait envahi le tissu conjonctif entourant les racines postérieures, et les ganglions situés sur leur trajet. Cette tumeur petite n'avait envahi ni le bassin ni les vaisseaux et avait fait croire à un mal de Pott. C'est donc un exemple d'infection rapide.

Dans le troisième cas de M. Brault on trouve encore

une tumeur, qui, respectant l'uretère, gagne la veine rénale, qui contenait un bourgeon épithélial et flottant dans la lumière du vaisseau et deux ou trois noyaux qui soulevaient la paroi interne de la veine sans toutefois la perforer.

C'est encore un exemple d'infection rapide, vu le faible volume du néoplasme décrit.

Dans l'observation de Legrand les vaisseaux sont absolument détruits dans la tumeur.

Dans l'observation de Soucques on trouve un prolongement dans la veine rénale de la masse cancéreuse. Enfin, dans l'observation de Barrié recueillie dans le service de M. le Dr Dreyfour, il y a des caillots dans la veine rénale, mais cette observation est intéressante à un autre titre, qui est le suivant :

Le rein droit était le siège principal de la tumeur, mais le rein gauche contenait lui aussi des noyaux cancéreux, ce qui réduit à néant la conception du cancer unilatéral du rein.

En somme, aujourd'hui, on peut dire sans crainte d'exagération que, presque tous les cancers du reins sont des épithéliomes. Suivant que les tubes sont plus ou moins remplis de cellules et que le développement en est plus ou moins rapide, on retrouve les variétés adénomateuses, encéphaloïdes, squirrheuses, hémorrhagiques et autres.

Mais, en somme, et d'après les observations citées

plus loin, c'est toujours dans les tubes ou dans les bassinets que prend naissance la tumeur, et c'est de là qu'elle se propage aux tissus et aux organes voisins.

OBSERVATION I (Legrand).

Société anatomique, juillet 1889.

Sciatique, tumeur de l'os iliaque ; fracture spontanée de l'humérus. Mort. Autopsie. Examen histologique : noyaux multiples d'épithélioma tubulé dans les os et les reins ; point de départ inconnu. Par M. Legrand, interne des hôpitaux.

Gir... Jean, 60 ans, passementier, entré le 16 octobre 1888 dans le service de M. Landouzy, à l'Hôpital Tenon, salle Lelong, n° 12.

Mort le 1^{er} juin 1889.

Autopsie. — Tous les viscères ont été examinés en détail ; le cerveau et la moëlle seule n'ont pas été examinés.

Dans les reins seulement nous avons trouvé des noyaux cancéreux. Le rein gauche, 190 grammes aspect normal, capsule s'en levant bien à la coupe. Il contient un seul noyau gros comme un poids dans la substance corticale. Le tissu qui le forme est blanc, ferme, ne s'énuclée pas.

Le rein droit pèse à peine 100 grammes, surface irrégulière, pourvue de dépressions ; la capsule s'enlève bien sauf au niveau de ces dépressions.

A la coupe, on voit que ce rein contient un volumineux noyau cancéreux au niveau de son hile envahissant par son tissu lardacé la substance des calices et du pyramide produisant une oblitération analogue à celle de l'uretère. Il existe en effet dans la substance des pyramides. Un certain nombre de kystes gros comme des pois arrondis pleins de liquide clair.

A ces kystes correspondent des régions, où la substance rénale est indurée, sclérosée jusqu'au niveau de dépression de la surface.

Examen histologique. — En examinant dans le rein un noyau jaune, on voit à la périphérie une zone de substance rénale à peu près saine ; les glomérules sont absolument vides de sang, mais les capillaires intertubulaires sont dilatés et gorgés de sang.

En approchant du centre du noyau, on voit que les cellules du néoplasme occupent d'abord les interstices des tubes urinaires qu'elles compriment. Les vaisseaux ne sont plus visibles ; l'envahissement se fait donc vraisemblablement à leurs dépens. Au centre, on ne trouve plus qu'un amas de cellules rondes, séparées çà et là par quelques travées conjonctives encore peu distinctes.

OBSERVATION II (Vignard).

Société anatomique, novembre 1888

« La nommée Epché Gabrielle, âgée de 45 ans, entre le 18 octobre 1888 à la Salpêtrière, dans le service de M. Terrillon, pour une tumeur douloureuse du flanc gauche.

Opération le 27 octobre par Terrillon.

Examen histologique de la tumeur. — L'examen histologique que nous avons fait de cette tumeur a été vérifié par M. Brault au laboratoire de Faculté. Il s'agit d'un épithéliome du rein.

Notre examen a porté sur une des grosseurs de la région supérieure, c'est-à-dire en plein néoplasme ; sur le tissu limité, c'est-à-dire sur le tissu inférieur de la tumeur ; enfin sur la paroi du bassin et qui était épaissie et semblait infiltrée, ainsi que sur l'enveloppe cellulo-adipeuse. Hâtons-nous d'ajouter que ces deux derniers examens ne nous ont pas révélé d'infiltration épithéliale. Sur les coupes faites au niveau du tissu limité, on voit que le néoplasme est nettement enveloppé par une bande épaisse de tissu conjonctif.

De cette enveloppe partent de grosses travées qui se divi-

sont en un certain nombre de lobules. Ces lobules sont eux-mêmes constitués par des îlots, des boyaux sinueux, de diamètre et de forme très variable, souvent anastomosés les uns avec les autres.

Examinés à un fort grossissement, ces boyaux apparaissent uniquement formés de cellules épithéliales, bien colorés par le carmin, à noyau assez volumineux, à protoplasma un peu trouble. Ces cellules ordinairement bien distinctes les unes des autres sont disposées sur plusieurs couches. Le nombre de ces couches est très variable selon le diamètre des logettes qui les contiennent, il va de 2 à 3, à 10 ou à 15.

Les cellules qui tapissent les bords de ces boyaux sont plus régulièrement alignées, leur forme est rectangulaire. Dans l'intervalle de ces traînées de cellules épithéliales, on voit des espaces clairs renfermant des fibrilles et des noyaux allongés du tissu conjonctif, ainsi que des capillaires. Par places on voit encore des lacunes assez spacieuses, à paroi à peine indiquée, remplies de globules sanguins. Sur les coupes faites en plein néoplasme, on trouve une structure analogue, moins les grosses travées fibreuses ici beaucoup plus minces. Les cellules sont également bien colorées, mais plus petites et disposées en couches plus nombreuses ; on retrouve toujours ailleurs cet arrangement en logettes allongées sous forme de boyaux. De cette description histologique, ressort, il nous semble, clairement qu'il s'agit d'un épithéliome du rein ayant eu son point de départ dans les tubes contournés ».

OBSERVATION III (Pillier)

Société anatomique, octobre 1890.

Epithéliome primitif du rein.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter a été trouvée à l'autopsie d'un homme de 75 ans mort à Laënnec dans le service

Levadoux

de M. le professeur Cornil, suppléé par M. le Dr Siredey. Cet homme mourut quelques heures après son entrée à l'hôpital, en présentant les symptômes d'hémiplégie droite.

Autopsie. — Le rein droit était très augmenté de volume et paraissait plus que doublé par la présence d'une masse comprise sous sacapsule et occupant son bord convexe. Sur une coupe transverse de l'organe on voit que cette tumeur forme une masse enkystée, en apparence du moins, présentant un centre jaune, graisseux, sillonné de travées fibreuses et correspondant au tissu de la cicatrisation d'un squirrhe. La périphérie correspond, au contraire, à la zone d'accroissement : elle est rouge, pultacée, et parsemée d'infiltrats hémorrhagiques à tous les états. Sur les coupes, le centre présente en effet un tissu myxomateux avec des îlots graisseux et de rares noyaux cellulaires kystiques. A la périphérie, ces noyaux cellulaires sont extrêmement nombreux ; ils se présentent sous deux aspects, reliés d'ailleurs par toutes les transitions. D'abord, et principalement au contact du rein, ce sont des cordons richement anastomosés comprenant de 2 à 3 cellules d'épaisseur.

Au-dessous de cette couche active, on voit de véritables tubes largement dilatés et présentant une lumière centrale. Ils sont tapissés par des cellules cubiques à large protoplasma, reposant sur une membrane basale évidente non striée, et rappelant l'aspect des cellules, des tubes contournés, chez le cobaye par exemple.

Très rarement elles sont disposées sur une seule couche, mais toujours la couche basale est parfaitement régulière. Les amas de cellules qui s'étagent au-dessus sont beaucoup moins nets et forment dans la lumière des tubes des amas et plaques à noyaux multiples. La disposition des capillaires par rapport à ces tubes est intéressante à noter. On voit les capillaires arriver à leur contact, et former un réseau qui s'accole exactement à la couche des cellules basales et pénètre dans leurs interstices en quelques points. Pourtant nous n'avons pas trouvé de formations glomérulaires vraies, et s'il

existe parfois des globules épanchés dans les tubes épithéliaux, on n'y voit point se ramifier de capillaires sanguins. Un certain nombre de tubes sont dilatés par des masses colloïdes à bords denticulés, formées d'un agrégat de bulles secrétées par les cellules et semblables aux cylindres hyalins du rein. Le tissu dans lequel tous ces éléments sont plongés présente le type muqueux, à grandes cellules étoilées, et à mailles extrêmement lâches gorgées de globules rouges à tous les degrés de décoloration.

Ce néoplasme occupe toute l'épaisseur de la portion corticale du rein et descend jusqu'aux pyramides. La ligne de démarcation entre la tumeur et le rein est constituée par une couche très mince de tissu fibreux vascularisé qui semble bossé par refoulement. Le rein est atrophié, granuleux : ses artères sont considérablement épaissies et un certain nombre de ses glomérules est en transformation fibreuse. Il en est de même de son congénère (1).

OBSERVATION (Brault).

Semaine médicale, 17 juin 1891

Nous pouvons, dit cet auteur, relater deux observations personnelles où cette infection précoce a été réalisée.

Pour la première, les détails cliniques manquent, et nous regrettons beaucoup de les donner aussi incomplets. Le malade avait été suivi pendant quelque temps dans le service de M. Millard et considéré comme atteint de mal de Pott tuberculeux. Ce mal de Pott siégeait à la partie inférieure de la région cervicale et s'étendait sur les premières vertèbres dorsales. Le malade mourut d'une affection intercurrente, et les pièces provenant de son autopsie nous furent remises.

Il existait un adénome du rein droit. Le tiers inférieur de l'organe était seul atteint, dans sa partie supérieure l'organe avait son volume et son aspect normal, dans son ensemble il

1. Voir thèse de Luna. *Forme clinique du cancer du rein*. Th. Paris, 1884.

était légèrement hypertrophié. A la limite de la tumeur et du tissu sain, se trouvait un kyste de la dimension d'un petit œuf de poule. Du côté de la colonne vertébrale, plusieurs vertèbres étaient en voie de destruction, l'une d'elles était presque complètement effondrée ; la dure-mère et l'os étaient envahis par un tissu mollasse qui remontait dans la cavité cérébro-spinale. Le rein gauche était normal, sans aucune lésion. Rien ailleurs.

L'examen histologique de ces différentes parties montra que l'adénome du rein était un épithélioma cylindrique composé de cellules allongées, à sommet arrondi et à protoplasma clair. Cette disposition est fréquente dans les adénomes, ainsi que l'a bien vu Sabourin le premier dans les petites tumeurs enkystées qui accompagnent la néphrite interstitielle. Mais, chose vraiment curieuse et inattendue, la tumeur mollasse trouvée dans le canal médullaire, présentait le même type épithélial que la tumeur du rein : mêmes éléments épithéliaux, disposition circulaire des cellules autour d'une lumière centrale rappelant l'apparence des tubuli contorti.

La tumeur avait pénétré par les trous de conjugaison, envahi le tissu conjonctif qui entoure les racines postérieures et les ganglions situés sur leur trajet. Sur les coupes microscopiques, tous ces détails pouvaient être constatés. Au premier examen des pièces, il était impossible de soupçonner qu'il y eût la moindre relation entre la tumeur de la colonne vertébrale et celle du rein. L'adénome du rein était d'un volume si peu considérable qu'il aurait pu être considéré comme une tumeur accidentelle. Le bassinnet était intact, les vaisseaux du hile n'étaient pas envahis. Il n'en est pas moins vrai que cette observation est d'une grande portée, car elle établit sans contestation possible la possibilité d'une infection à distance par une tumeur rénale de très petit volume, n'ayant donné lieu pendant l'existence du malade à aucun signe perceptible. Le ballonnement rénal n'avait, il est vrai, pas été recherché, mais l'eût-on pratiqué qu'il eût été difficile de conclure d'une légère hypertrophie du rein à un cancer secondaire de la

colonne vertébrale. Aussi paraît-il naturel qu'on ait surtout songé à un mal de Pott tuberculeux.

Voici un autre fait de M. Brault non moins démonstratif. Le 18 mars 1888, mourait dans le service de M. Comby, à l'hôpital Broussais, un homme de cinquante-cinq ans, boulanger, qui, douze jours auparavant, avait présenté les premières manifestations d'une attaque de delirium tremens. Dans les antécédents, aucun trouble urinaire; à l'autopsie, outre quelques foyers tuberculeux limités aux sommets des poumons, on trouva un adénome du rein gauche qui pesait 240 grammes. Le rein droit était normal et du poids de 195 grammes. Les veines spermatiques entourant l'uretère étaient dilatées et flexueuses, ce qui faisait penser que peut-être on aurait pu constater le varicocèle symptomatique, et enfin tout le long de la colonne lombaire s'étagait une chaîne de ganglions durs et hypertrophiés. L'examen de ces pièces nous fut confié. La tumeur siégeait surtout au niveau du hile; elle paraissait extra-rénale, mais en réalité son point de départ était dans le rein, et très rapidement elle avait gagné le hile. Respectant l'uretère, elle avait perforé la veine rénale qui contenait un bourgeon épithélial flottant et deux ou trois nodules soulevant la paroi interne du vaisseau, mais sans la perforer. La plus grande partie du rein était normale. Quant à la tumeur peu volumineuse en la réalité, elle a l'aspect blanc jaunâtre, elle est lisse à sa surface, remarquablement souple, multilobée comme un tissu glandulaire et rappelle l'aspect et la consistance d'une glande sous-maxillaire. La structure intime est dans les points celle des adéno-épithéliomes graisseux.

Pour bien examiner les cellules de cette tumeur, il est indispensable de faire passer les coupes par l'éther. Malgré cette apparence bénigne cette structure simple, glandulaire, la tumeur avait perforé la veine et infecté les ganglions lombaires. Etant donné le faible volume de cet épithéliome, on peut considérer cette observation comme étant aussi un exemple d'infection précoce.

OBSERVATION V (Bouisson).

Société anatomique, 1887.

Rein adénomateux ayant donné des signes de cancer.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter a été recueillie à l'autopsie d'un homme âgé de 79 ans, mort le 1^{er} février 1887, à l'hospice d'Ivry, dans le service de M. Monod.

A l'autopsie, on trouve de l'athérome et des altérations séniles vulgaires. Le foie est un peu gros. Le cœur sclérosé ne présente pas d'altérations valvulaires. Les poumons sont congestionnés aux bords.

L'appareil urinaire inférieur ne présente pas d'altérations. Le rein droit est un rein sénile avec petits kystes. Le rein gauche est celui que je vous présente.

L'examen de la pièce a été fait au laboratoire des travaux pratiques d'histologie par M. A. Pilliet, aide-préparateur.

Le rein gauche forme une masse ayant gardé à peu près la forme normale et mesurait 10 centimètres de hauteur sur 6 1/2 de large, il est surmonté d'une masse accessoire du volume d'une noix, masse qui est arrondie, indépendante, se continuant par sa base avec le bassinnet.

La surface externe du rein est bosselée par des tumeurs larges et peu saillantes ; la capsule y est extrêmement adhérente et ne peut être enlevée que par lambeaux épais. Elle est parcourue par des veinules ramifiées assez grosses. Les bosselures incisées laissent voir un tissu dense feuilleté farci de noyaux rouges hémorragiques, et des cavités irrégulières tapissées d'une couche de substance onctueuse opaque et d'un blanc jaunâtre.

Sur une coupe longitudinale du rein on ne retrouve plus traces des pyramides ni de la substance corticale. Le centre de l'organe est occupé par une masse dépassant le volume d'une grosse noix d'un blanc rougeâtre, assez molle, qui est assez nettement enkystée ; on peut la décoller au niveau de

ses bords. La périphérie du rein répondant à la substance corticale présente une série de kystes variant de volume, mais ne dépassant pas une amande en général. Ils sont remplis de caillots rouges, et leur paroi offre un épaissement visible à l'œil nu. Quelques kystes plus grands sont remplis d'une sérosité rougeâtre chez quelques-uns, claire chez les autres.

La périphérie de l'organe est formée par une trame fibreuse en apparence, qui se constitue avec le bassinnet.

Ce bassinnet lui-même est large et très épais.

Le rein droit est petit, blanc rosé, assez glanduleux après l'ablation de la capsule et plusieurs petits kystes de volume d'une tête d'épingle sur la coupe longitudinale, les pyramides de Ferrein paraissent blanchâtres, les pyramides de Malpighi sont réduites et les colonnes de Bertin envahies par des lobules graisseux abondants, les calices sont dilatés. On peut donc constater à l'œil nu les principaux caractères du rein sénile. L'artère rénale est épaissie, mais sans plaque d'athérome.

Des coupes ont été faites sur les deux reins, sur la tumeur elle-même en différents points, et ont permis de constater les caractères de l'adénome. Nous n'aurons qu'à suivre pour les décrire les descriptions si complètes de M. Sabourin.

La coupe d'une portion de l'une des bosselures les plus volumineuses du rein montre à la périphérie une couche épaisse de fibres conjonctives parallèles se continuant avec la capsule épaisse. On voit au milieu de ce tissu quelques rares traînées cellulaires allongées et la coupe de canaux droits à épithélium cubique qui paraissent être des vestiges du tissu coronal du rein.

Puis immédiatement sous cette couche viennent les végétations de l'adénome qui sont en ce point très abondantes. Elles revêtent des traînées fibreuses d'une épaisseur remarquable, elles forment des plis ondulés fraisés à peu près semblables entre elles, et elles se sont chargées d'un seul rang de cellules cylindriques remplies de graisse. Les cavités qu'elles circonscrivent sont remplies de cristaux d'acides gras. Dans quelques-

unes de ces cavités assez étendues, il s'est épanché du sang qui a refoulé et détruit en partie la frange des végétations, en sorte que le caillot se trouve en contact par plusieurs de ses points avec une paroi fibreuse. D'autres loges sont remplies par de la fibrine que parcourent en tous sens des cellules étoilées, ce sont d'anciens foyers sanguins qui adhèrent à la paroi fibreuse sans être épaisse par des cellules épithéliales.

Sur une coupe portant sur la périphérie du rein on voit la couche fibreuse qui circonscrit l'organe être très épaisse. Elle renferme une quantité considérable d'artérioles et de veinules assez volumineuses qui présentent toutes la même altération. Sur les artères, il existe une endartérite qui oblitère complètement le vaisseau, c'est à peine si quelques-uns présentent encore une simple fente. Sur les veines même lésion. De plus le tissu fibreux qui s'est substitué à la tunique externe des vaisseaux, comprime ces vaisseaux, les déforme : leur coupe n'est plus circulaire mais ovale ; leur grand axe est dirigé dans le sens des fibres de cette capsule fibreuse.

Il existe autour d'eux un certain nombre de tubes du rein allongés dans le même sens ; tous tapissés de petites cellules cubiques, les uns aplatis, les autres légèrement distendus par un produit de sécrétion hyalin. On peut encore compter, mais en bien petit nombre, de petits blocs fibreux qui représentent des glomérules complètement dégénérés.

Immédiatement sous cette couche, sur le reste de la couche corticale du rein, commence le tissu de l'adénome qui présente le même aspect que ci-dessus ; bouquet de végétation, en choux-fleur, circonscrivant des cavités graisseuses ou refoulées par des caillots tant cruoriques qu'organisés, ces derniers plus nombreux. On observe entre la masse de fibrine en voie de transformation de longues traînées de végétations adénomateuses, comprimées par les caillots formés en même temps en différents points, et ces traînées se rattachent aux végétations principales comme on peut le voir sur les coupes étendues.

La trame de ce tissu est formée par des bandes fibreuses

grêles inégales et peu abondantes qui contiennent de place en place des artérioles oblitérées, des capillaires, ou plutôt des sinus béants et remplis de sang, de graisse, et des faisceaux de fibres lisses en petite quantité.

Sur d'autres coupes faites à la périphérie de la tumeur, on retrouve encore les mêmes éléments agencés de la même façon : d'une part, le tissu fibreux qui supporte les végétations bourgeonnantes, d'autre part, les caillots formés de globules rouges ou de fibrine, ces derniers étant de beaucoup les plus abondants et constituent plus de la moitié de la surface des coupes.

La masse qui occupe le centre du rein, examinée sur différents points, paraît n'être qu'un énorme caillot organisé inégalement. Sur certains points c'est un feutrage de fibrine, sur d'autres on voit se détacher des traînées de cellules rondes, embryonnaires, occupant les intervalles des lits de fibrine et formant ainsi des travées et des réseaux d'aspect assez élégant. A un degré plus avancé ce sont de véritables amas de cellules embryonnaires disposés autour d'espaces étoilés dont quelques-uns sont très larges et qui sont indubitablement des lymphatiques. Enfin en certains points existent des amas de tubes croisés et feutrés qui sont des jeunes nodules d'adénome. Il est difficile de dire s'ils se sont développés dans le caillot aux dépens de quelques débris du tissu rénal, aussi ils ont été transportés et greffés au point où on les trouve par les lymphatiques nouveaux, mais la première hypothèse paraît plus probable, car on retrouve au milieu de ces nodules des blocs fibreux irréguliers qui rappellent les glomérules complètement transformés.

Les gros kystes sanguins montrent une paroi lisse, composée de lits et stratifiée de fibrine, et un caillot rouge et noir de transformation dans leur centre où on ne voit plus trace sous cette paroi des végétations du débu'.

L'examen du rein au point de vue de la néphrite interstitielle était naturellement commandé dans cette observation. Le rein accessoire du côté gauche se trouve à peu près com-

plètement scléreux et transformé. Les glomérules serrés les uns contre les autres ont presque tous subi l'envahissement fibreux, les artères ont des lésions considérables ; les tubes sont extrêmement raréfiés ; une très grande partie des tubes droits a subi la dégénérescence amyloïde, qui est à peine marquée au contraire dans la substance corticale.

Enfin les cellules sont toutes réduites, granuleuses, et se colorent mal, si ce n'est en un petit point de la périphérie qui pourrait être un début d'adénome.

Le rein droit, d'après ses caractères à l'œil, était un rein interstitiel, les lésions au microscope y sont toutefois moins avancées qu'à gauche, les glomérules sont bien moins nombreux ; il en existe deux sur trois en moyenne ayant subi la transformation fibreuse. Les tubuli contorti sont gras ; il existe une sclérose vasculaire générale, comme on pouvait s'y attendre.

En résumé, au point de vue anatomo-pathologique, on a affaire à une forme assez rare de l'adénome.

M. Sabourin, dans son premier mémoire (*Archives de physiologie*, 1882, t. I, p. 67), ne parle guère que d'adénomes du volume d'un œuf de pigeon, ou d'une noix au maximum. Il en est de même dans ses autres travaux sur cette question, qu'il a si bien étudiée jusqu'en 1885 (Sabourin et Eltinger, *Revue de médecine*, 1885, page 889), où il décrit un adénome très volumineux du rein. Grawitz (*Archives de Virchow*, t. 89), Weschelbaum et Grawitz (*Wien. med. Jarb. Hef*, t. II, p. 203, 1843), citent, mais comme raretés, des tumeurs dépassant le volume d'une noix ou envahissant tout le rein. On pourrait donc appeler rein adénomateux ces tumeurs multiples transformant l'or-

gane, réservant le nom d'adénome du rein aux tumeurs plus petites, localisées, de même que le nom de foie adénomateux sert à désigner les adénomes multiples qui accompagnent la cirrhose des pays chauds : celui d'adénome du foie étant réservé aux tumeurs circonscrites dans le parenchyme.

Ce nom serait justifié par sa forme clinique. Dans un cas, en effet, l'adénome clinique du rein est rare ; le malade de MM. Sabourin et Ettinger était surtout un saturnin rénal, avec une tumeur, il est vrai ; un malade dont MM. Giraudeau et Legrand ont donné l'observation (*Gaz. Hebdomadaire*, 16 janv. 1887) présentait surtout des signes de cirrhose du foie. Il est probable que, comme l'avance M. Sabourin, les adénomes rénaux de ce volume ont été souvent pris pour du cancer.

Dans les observations publiées, les urines pâles, abondantes, albumineuses, la marche lente de la maladie, son apparition chez les gens âgés, les hématuries d'origine rénale, sont en effet souvent en rapport avec des cancers, à aspect de fungus hématode, respectant la forme générale de l'organe, qu'on pourrait rétrospectivement diagnostiquer des reins adénomateux (voir Thèse Luna. Paris, 1884, n. 239).

Nous voyons une néphrite interstitielle intense et généralisée coïncider avec l'adénome. Cette observation de M. Sabourin avait déjà été confirmée par tous les auteurs, et permet d'assimiler complètement l'adénome

du rein à l'adénome du foie. L'altération poussée à l'extrême dans le rein pris, se montre dans le rein accessoire, à un degré qu'atteint rarement le petit rein granuleux type, et, dans l'autre rein, elle est au-dessous de ce même type, elles représente en effet une néphrite sénile assez avancée. Nous nous bornerons à ces constatations; la lésion très avancée de la pièce que nous présentons ne nous permettant pas d'avoir vu des stades de début, et de donner une opinion personnelle sur la question, tranchée d'ailleurs pour nous dans le sens des auteurs français, des rapports de la cirrhose avec l'adénome.

OBSERVATION VII (Brault).

In Semaine médicale, 17 juin 1891.

(Sur quelques formes rares de cancer du rein, forme douloureuse; adéno-épithéliomes récents avec infection rapide).

Dans notre fait, il s'agit d'un homme âgé de quarante et un ans, peintre, entré dans notre service, à l'hôpital Cochin, le 5 mars 1889, pour un état de malaise, dont il faisait remonter les premiers indices à cinq semaines auparavant. Mais à peine déclarée, l'affection avait été assez pénible pour obliger le malade à garder la chambre.

Le soir un mouvement de fièvre se déclarait : la peau était chaude et les artères battaient violemment. A son entrée, cet homme est pâle, son regard est anxieux : il attire immédiatement l'attention sur les douleurs qu'il éprouve. Ces douleurs sont des plus pénibles et continues; elles siègent au niveau de l'hypocondre droit; elles sont plus aiguës encore dans le flanc et au niveau de la région lombaire. Les irradiations se font fréquemment du côté du testicule, non pas sous

forme de coliques néphrétiques véritables, mais sous forme d'élancements de courte durée, rappelant les décharges de l'ataxie locomotrice. La douleur s'étend aussi à l'épigastre et à la cuisse. Elle est réveillée par la marche et une pression profonde faite dans la région lombaire. Elle est parfois si intense que le malade se courbe en deux, refusant de marcher, il immobilise le tronc, et éprouve, à ce moment, une sorte d'angoisse respiratoire.

La nuit ne met pas un terme à ces souffrances et le sommeil est fréquemment interrompu par des élancements douloureux.

La palpation de l'abdomen pratiquée sur le malade placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin et en légère abduction, ne révèle aucun signe saillant.

Le ballonnement rénal n'existe pas, le rein ne paraît donc pas augmenté de volume. Cette exploration renouvelée de temps à autre est toujours assez pénible à supporter et détermine parfois une contraction spasmodique de tous les muscles de la paroi abdominale qui oblige à l'interrompre. Cependant, à la simple inspection, la région lombaire du côté droit paraît plus remplie, en déprimant la région, on a l'impression d'un empâtement profond, et la peau est légèrement œdématiée. Il existe en même temps une fièvre modérée qui atteint 39° le soir, mais les urines sont normales, elles ne contiennent ni sang, ni albumine, ni pus, ni graviers.

Malgré ces signes négatifs, et en présence de douleurs si vives, on ne peut d'emblée écarter l'idée d'une pyélonéphrite, ou d'une péri-néphrite ; car si les antécédents du malade ne sont pas favorables à cette hypothèse et si beaucoup des signes qui pourraient la justifier font défaut, d'autre part, la persistance de la fièvre, l'état œdémateux de la peau au niveau de la région lombaire sont assez importants pour y faire songer. Les autres organes paraissent absolument sains, on note seulement un affaiblissement marqué de la respiration à la base du poumon droit qui s'explique par la violence de la douleur et l'immobilisation volontaire du thorax.

Les jours suivants l'état général s'aggrave, les narcotiques sont impuissants à soulager le malade, aux opiacés on joint le chloral à haute dose. Sous l'influence de ces médicaments associés une détente se produit, le sommeil dure plusieurs heures, mais l'appétit est presque nul et l'amaigrissement fait des progrès de jour en jour. Après trois semaines d'incertitude, le diagnostic ne peut être établi d'une façon positive. Peut-être y avait-il encore l'espoir de faire bénéficier le malade d'une intervention plus radicale, aussi prions-nous M. Anger de nous donner son avis et d'intervenir chirurgicalement s'il le juge convenable. Le malade est chloroformé, l'exploration de l'abdomen peut être faite alors sans difficulté. Malgré ces conditions avantageuses d'examen, on limite avec peine au niveau des insertions supérieures du spoas et sur le côté de la colonne vertébrale une tuméfaction très profondément située, à contours indécis. A la partie postérieure au contraire, on retrouve l'état œdémateux de la peau dont il a été déjà question.

Par une palpation minutieuse M. Anger croit trouver sous cet œdème de la fluctuation profonde, et s'arrête au diagnostic probable de périnéphrite.

En conséquence, une incision exploratrice est faite en arrière jusqu'à l'atmosphère celluleuse du rein ; plus on avance et plus on trouve le tissu infiltré de sérosité et œdémateux, mais avec le doigt introduit dans la plaie, on ne retrouve pas nettement le rein ; on rencontre une surface lésée non mobilisable, résistante, non fluctuante, et nulle part de collection liquide. La plaie est reformée et pansée à l'iodoforme et, bien que le soir même de l'opération la température ait atteint 39°,5, alors qu'elle était le matin, avant toute intervention de 38°,4, elle redescendait au bout de quelques jours à 38°. La plaie suppura légèrement, elle était en voie de cicatrisation, malgré l'état général du malade. Quinze jours après, la température se releva de nouveau, les douleurs reprirent une nouvelle acuité et le malade mourut le 14 avril, après six semaines de séjour à l'hôpital. Dans les derniers jours, on

avait vu se produire une voussure au niveau de la région hépatique, immédiatement au-dessous des fausses côtes, des veines dilatées sillonnaient les parois abdominales ; la palpation à ce niveau était indolore, tandis que la région lombaire était toujours le siège de douleurs intolérables.

Pour nous la mort survint surtout par l'épuisement causé par l'atrocité des douleurs qu'avait supportées le malade. Il est vrai que sous cette influence aussi, et par le fait de la cachexie, l'appétit était presque annihilé.

A l'autopsie, on trouve un cancer du rein droit. Contrairement à ce que l'on observe d'habitude, le rein avait à très peu près son volume normal. Il était complètement adhérent à la colonne vertébrale et aplati contre elle par une sorte de cuirasse de périnéphrite cancéreuse dont les prolongements engainaient l'aorte, la veine-cave, et pénétraient dans la masse même du psoas. Le rein accolé à la colonne vertébrale n'occupait plus son emplacement habituel, il ne pouvait être mobilisé et l'on s'expliqua ainsi les perceptions anormales obtenues par le toucher après l'incision exploratrice. Pour déplacer le rein, il fallut le sculpter au milieu de la masse qui l'étreignait. Il existait quelques noyaux secondaires dans le foie, le poulmon et la plèvre. Les autres organes étaient sains, y compris le rein gauche.

La nécropsie démontra que le cancer du rein était inaccessible à toute opération.

La palpation abdominale et le procédé dit du ballottement ne pouvaient donner aucun renseignement précis là où on avait échoué avec le chloroforme, et même avec le toucher direct au moment de l'opération.

Il était difficile dans ces conditions de porter un diagnostic dès le début. On pouvait à la rigueur, à cause de l'intensité des douleurs, du foie à perte terreuse, et de la rapidité de la cachexie, songer à un cancer ; mais il était impossible de la localiser dans le rein.

Toutes les tumeurs comprimant les nerfs au niveau du tronc de conjugaison peuvent amener les mêmes accidents ; et dans

le fait actuel, les symptômes étaient bien plus en rapport avec une périnéphrite cancéreuse qu'avec le cancer du rein lui-même. La compression énergique des nerfs lombaires ou sacrés par la tumeur périnéale explique la persistance, la violence et les irradiations des douleurs.

L'obstruction des veines donne la raison d'être de l'œdème de la paroi et de la production d'une circulation supplémentaire au niveau de la paroi abdominale.

L'absence d'hématurie se comprend aisément, puisque le rein était revenu sur lui-même, et que le bassin n'était plus perméable.

Nous rapporterons de plus quelques observations tirées des thèses de Messieurs Chevalier, Brodeau et Guillet ainsi que des bulletins récents de la Société anatomique.

OBSERVATION VIII (Chevalier) (1).

Carcinome du rein droit. Néphrectomie. Mort.

Le nommé M... Jules, âgé de 33 ans, journalier, entre le 9 décembre 1889, salle Civiale, n° 27, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Pas d'antécédents héréditaires.

L'autopsie faite le lendemain de la mort, nous a montré que les ganglions du hile étaient envahis ; la veine rénale avait ses parois infiltrées jusque près de la veine-cave. Celle-ci paraissait saine. Le reste des ganglions lombaires ne semble pas dégénéré. Pas de péritonite. Dans la cavité du bassin on trouve 1.000 à 1.200 grammes de liquide qui semble provenir des injections de biiodure par la plaie. Rien dans les organes thoraciques. Rien au rein gauche. Le rein enlevé est le siège

1. Chevalier. *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein*. Paris. Steinheil, 1891.

d'un néoplasme qui en occupe le centre, la partie inférieure, et s'étend dans le bassin. Un examen histologique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma. Le rein a presque doublé de volume.

OBSERVATION IX (Albaran).

Epithélioma du rein droit. Mort. Société anatomique, février 1890.

Le nommé M... Pierre, âgé de 53 ans, brocanteur, entre le 11 février 1890, salle Civiale, n° 2, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade n'a aucun antécédent personnel, pas de passé urinaire.

L'autopsie faite le lendemain démontra qu'il s'agissait d'une affection néoplasique du rein droit. Celui-ci présente à son extrémité supérieure, englobant la capsule rénale, une tumeur grosse comme une mandarine, mais faisant peu de relief à la surface du rein. A la coupe, la tumeur est bien limitée, de couleur rouge, marbrée de tractus blancs et de portions jaunes, elle est creusée de nombreuses petites cavités. Histologiquement Albarran conclut à de l'épithélioma en dégénérescence graisseuse : la tumeur présente l'aspect d'un adénome transformé et une texture carcinoïde. Le rein droit est augmenté à peu près d'un tiers de son volume ; la capsule graisseuse épaissie et adhérente.

Il n'existait pas de ganglions dégénérés au niveau du hile. La veine rénale n'est pas envahie. L'appareil urinaire inférieur n'a rien de particulier ; pourtant la vessie présente par places des arborisations vasculaires très manifestes. Rien au péritoine. La plèvre est calcifiée. Le rein gauche qui n'offrait pas traces de dégénérescence a été cultivé bactériologiquement : il a donné de la bactérie pyogène pure (infection).

OBSERVATION X (Quénu).

Épithélioma primitif du rein droit. Généralisation aux ganglions voisins. Néphrectomie transpéritonéale. D'après les communications de M. Quénu à la Soc. de chirurgie, 19 mars 1890, et de MM. Dumoret et Poupinel, à la Soc. anat., 18 janvier 1889.

La nommée Térog... Emilie, femme Bott..., âgée de 42 ans, entre le 24 décembre 1888, salle Chassaingnac, lit n° 75, service de M. Terrier.

L'examen de la tumeur fut fait par le Dr Poupinel. Cette tumeur pèse 4 kilog. 775, et est assez régulièrement arrondie. La surface est lisse presque partout et présente deux grosses bosselures. En un point on observe une saillie ayant la forme, la couleur et la dimension d'une moitié de rein normal. Par une de ses extrémités cette saillie fait corps avec la tumeur. Dans la concavité du hile du rein on reconnaît le bassinet qui la été sectionné et ouvert. La muqueuse du bassinet est lisse et ne paraît pas envahie par le néoplasme. La section de la tumeur montre qu'elle est formée d'une coupe épaisse, blanchâtre, d'aspect fibreux, enveloppant une masse pulpeuse, brune, déchiquetée, ayant l'aspect d'un gigantesque caillot en voie d'organisation. Au centre de cette masse existe une cavité anfractueuse qui contenait environ un litre de liquide brunâtre, enlevé par ponction pendant l'opération.

Au voisinage immédiat du rein, le néoplasme n'a pas été le siège d'hémorrhagie, il se présente en ce point sous l'aspect d'un tissu blanchâtre, ferme, et pénètre sous forme de traînées blanchâtres dans le tissu rénal sain. Il n'y a donc pas à l'œil nu de délimitation nette entre le néoplasme et le tissu rénal sain.

Un volumineux ganglion, ovoïde, bosselé, de 8 centimètres de longueur sur 3 de largeur, a été enlevé en même temps que les tumeurs. Son tissu est blanchâtre, résistant. Le néoplasme est un épithélioma tubulé à cellules cylindroïdes.

OBSERVATION XI (D'après Chevalier).

Cancer du rein droit. Néphrectomie lombaire. Guérison.

— *D'après la communication du Dr Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de méd. de Marseille, à la Soc. de chirurgie, 12 mars 1890.*

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. le professeur Nepveu qui a trouvé un épithélioma colloïde du rein.

OBSERVATION XII (Terrillon).

Épithélioma volumineux du rein gauche. Ablation par la voie abdominale. Guérison complète depuis vingt-huit mois. Terrillon. Société de chirurgie, 4 juin 1890.

M^{me} X..., âgée de 45 ans, entrée le 1^{er} février 1888, à la Salpêtrière. Sans accuser aucun antécédent héréditaire ni personnel, elle fait remonter à six mois l'origine de sa maladie. Elle eut alors, pendant trois jours, de violentes douleurs du côté gauche, suivies d'hématuries pendant trois ou quatre jours. Le liquide était du sang pur ; la miction n'était pas douloureuse. Au même moment, la malade s'aperçut qu'elle avait dans le flanc gauche, une grosseur douloureuse à la pression. Ce dernier phénomène a été toujours en s'aggravant ; presque nulle au repos, les douleurs sont provoquées, très vives par le moindre palper, le moindre mouvement, et surtout par la marche. Il n'y a pas eu d'autre hématurie.

Examen anatomique de la tumeur : — La tumeur rénale a été examinée aussitôt après son ablation. Elle pesait 485 grammes et mesurait 17 centimètres sur 8. Sa forme était généralement celle du rein. A sa partie moyenne et surtout à sa partie postérieure, elle présentait de grosses bosselures gris rougeâtre, de consistance molasse et intégralement recouvertes par la partie épaissie et adhérente. L'extrémité inférieure, au contraire, a gardé la forme, la couleur et la consistance

normales, avec cette différence qu'en enlevant la capsule on trouve une surface finement bosselée, constituée par de petits kystes à contenu citrin, indiquant des lésions de néphrite interstitielle.

Du côté du hile, la section a porté sur le bassinnet en rasant le bord interne du rein. La paroi du bassinnet paraît saine, sauf en un point en avant, où pénètre un épaissement d'aspect grisâtre, transparent. A travers l'ouverture du bassinnet, on voit, faisant hernie, deux masses de forme conique, de couleur jaune rougeâtre et d'une consistance mollassse qui ne rappelle en rien l'aspect rosé et charnu des papilles rénales.

Sur une section faite du bord convexe du hile vers la partie inférieure, et formant à peu près le cinquième de la masse totale, on observe du tissu néoplasique. A la périphérie, ce tissu, au niveau des grosses bosselures, présente une coloration jaune rougeâtre, une consistance mollassse, et çà et là quelques points hémorragiques; au centre, vers le hile, il est ramolli, friable, blanc jaunâtre. La capsule qui recouvre cette partie néoplasique est épaisse de 1 millimètre, très adhérente et très résistante. La transition entre la partie saine et la partie néoplasique est brusque, et il semble qu'on pourrait, à l'aide des doigts, énucléer l'une de l'autre. Enfin on trouve, adhérent au hile et à la face postérieure de la tumeur, un grand lambeau d'enveloppe cellulo-adipeuse, dur et épais d'environ un demi-centimètre.

L'examen microscopique, pratiqué dans le laboratoire du professeur Cornil, indique un épithéliome du rein.

OBSERVATION XIII (D'après Chevalier).

Néphrectomie abdominale pour adénome du rein.

Le rein enlevé était volumineux, irrégulier, bosselé. A la section on vit un néoplasme, que l'histologie démontra adénome (?) Ulcérations du bassinnet et granulations miliaires sur la muqueuse.

OBSERVATION XIV (d'après Chevalier).

*Lange. N. Y. med. Journ., 3 janvier 1891. In Ann.
gén. urin., mars 1891.*

Dame de 65 ans : rein gauche saignant depuis 1 an, siège de douleurs extrêmement vives ; néphrectomie : opération incomplète car l'épithélioma avait un prolongement intéressant la colonne vertébrale. Plaie guérit rapidement.

Le 10 décembre 1890, deux mois après l'intervention, la malade avait déjà de la récurrence (épithélioma vulvaire).

OBSERVATION XV (d'après Chevalier).

*Épithélioma du rein droit. Néphrectomie. Guérison.
Péan. In thèse Brodeur, 1886.*

L'examen histologique fait par M. le professeur Robin démontre qu'il s'agit d'un épithélioma du rein.

OBSERVATION XVI (Brodeur).

*Cancer du rein droit. Néphrectomie. Mort. — Périer. In
thèse Brodeur (1).*

D... âgé de 65 ans, charcutier, entre le 24 juillet 1883, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, service de M. le Dr Terrier.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée pèse 1,590 grammes, elle offre une forme générale arrondie, et est composée de plusieurs gros lobes offrant une consistance générale ferme, mais rénitente, élastique par places. A la coupe, elle laisse exsuder un suc ; tout le tissu rénal a disparu, on a une masse générale de consistance charnue, parcourue par des travées fibreuses, entre lesquelles le tissu de la tumeur fait un peu saillie. En plusieurs points, masses jaunâtres, caséuses. Le bassin et les calices forment une vaste poche dilatée ; une

1. Azarie Brodeur. *Intervention chirurgicale dans les maladies des reins*, thèse Paris, 1886.

masse cancéreuse du volume du pouce fait saillie dans le bassin et qu'elle obstrue.

Un peu de tissu frais, dissocié dans du micro-carmin, montre que la tumeur est essentiellement constituée de cellules épithéliales de formes diverses, rappelant l'épithélium vésical contenant un ou deux noyaux granuleux, se colorant bien par le carmin. On y trouve aussi de nombreux globules sanguins et des leucocytes dégénérés.

OBSERVATION XVII (Brodeur).

*Epithélioma du rein droit. Néphrectomie. Mort. Terrier.
In thèse Brodeur, 1886.*

La nommée A. C..., âgée de 36 ans.

Rein néphrectomisé. — L'extrémité inférieure du rein enlevé présente environ le volume du poing. A sa surface, l'on remarque plusieurs bosselures produites par des noyaux cancéreux. Poids 390 grammes. Uretère non dilaté. A la coupe, on aperçoit une dizaine de noyaux carcinomateux répandus dans toute l'étendue de l'organe. La masse de la partie inférieure du rein est verdâtre et légèrement ramollie au centre. Dans les calices dilatés, existent 8 à 10 calculs saillants à la surface de la coupe. Les pyramides de la moitié supérieure paraissent encore assez saines à l'œil nu.

L'examen histologique, par M. Brault, montre un épithélioma cylindrique.

OBSERVATION XVIII (Brodeur).

Tumeur épithéliale du rein gauche. Néphrectomie. Guérison. Billroth. In thèse Brodeur.

Homme de 33 ans, sans antécédents personnels, souffrant d'une tumeur dans le flanc gauche depuis longtemps.

Opération, le 16 février 1884. Incision lombaire. Le rein gauche extirpé, présente le volume d'une tête d'enfant. Les suites de l'opération et la marche de la guérison furent très

satisfaisantes, quoique la convalescence fut un peu longue à cause de la persistance des douleurs. Il s'agissait d'un épithélioma interstitiel qui avait pris naissance probablement dans la capsule et les glomérules de Malpighi.

OBSERVATION XIX (Guillet).

Carcinome du rein gauche. Néphrectomie. Mort. Bouilly. Thèse Guillet (1).

La nommée B... Eléonore, âgée de 54 ans, couturière, entre le 26 mars 1887 à l'hôpital de la Maternité, salle Levret, n° 7.

L'examen microscopique de la tumeur n'a pu être fait d'une façon complète, toutefois, M. Darier, qui en a examiné quelques fragments, nous a communiqué les renseignements suivants. Il s'agit d'une tumeur épithéliale. Les coupes du fragment que j'ai retrouvé montrent d'un côté une coque fibreuse avec lobules adipeux et nombreux vaisseaux. Au-dessous de cette coque se voit une série de nodules néoplasiques séparés par des cloisons conjonctives ; ils sont composés de cavités le plus souvent tubuleuses, tapissées par un épithélium cylindrique stratifié ou à une seule couche suivant les points ; au centre des tubes existe une lumière qui souvent contient du sang. Il paraît évident qu'il s'agit d'une de ces tumeurs nommées généralement adénomes ou adéno-carcinomes du rein (Klebs), qui, pour d'autres, sont l'épithélioma ou le carcinome primitif du rein.

OBSERVATION XX (Guillet).

Epithélioma du rein gauche. Néphrectomie. Mort. Horteloup. Thèse Guillet.

La nommée X..., âgée de 38 ans, cuisinière, entre le 4 juin 1887, dans le service de M. Horteloup, à la Maison de santé.

Nous avons confié l'examen histologique de cette tumeur à

1. Guillet. *Étude sur le cancer du rein.* Thèse Paris, 1886.

notre collègue et ami Marfan. Voici la note qu'il nous a remise :

Les fragments ont été durcis par l'alcool et débités en coupes minces, que nous avons colorées avec le carmin d'alun et la safranine :

1° Dans les points où la dégénérescence est très accusée on constate une trame fibreuse épaisse délimitant des alvéoles très nets, remplis de cellules mal colorées et très difficiles à définir.

2° Dans les points où la tumeur est plus jeune, on trouve un tissu conjonctif beaucoup moins dense, beaucoup plus jeune, délimitant des loges allongées en forme de boyaux souvent anastomosés. Ces boyaux sont remplis de cellules épithéliales très bien colorées, assez petites, déformées par pression réciproque. Les cellules qui longent les bords de ces boyaux, sont plus régulières et affectent une forme à peu près cubique, un peu aplatie cependant. Avec la safranine nous avons constaté quelques plaques équatoriales (division par karyokinèse).

Nous croyons pouvoir joindre à ces observations le résumé d'un travail très intéressant du professeur d'anatomie pathologique de Vienne.

OBSERVATION XXI (Kundrat).

M. Kundrat (1) a fait une communication récente sur ce sujet. On admet généralement, dit-il avec Waldeyer, que les carcinomes du rein proviennent de proliférations atypiques de l'épithélioma des canalicules urinaires, mais il y a des cas dans lesquels, comme l'a démontré Weichselbaum, les carcinomes dérivent d'adénomes du rein. M. Kundrat a présenté un exemple de cette variété anatomique : on voit sur la pièce que le rein a entièrement disparu et qu'il est remplacé par des cavités remplies d'un néoplasme papillaire.

1. *Semaine médicale* (9 décembre 1891). Lettres d'Autriche.

Outre ces variétés, il y en a une autre dont les traités d'anatomie pathologique ne font pas mention ; c'est le cancer épidermoïdal dont il faut distinguer deux formes : une forme secondaire dans laquelle le cancer se propage des bassinets et des calices au tissu du rein proprement dit ; elle a pour point de départ l'épithélium des voies urinaires supérieures. M. Kundrat en cite quelques exemples.

Dans un cas, le rein avait le volume de la tête et adhérait intimement à la rate. Sa partie supérieure était fluctuante et présentait une dilatation des calices avec dégénérescence de la substance rénale ; sa partie inférieure était transformée en un néoplasme dur et blanc dont on pouvait exprimer les bouchons caractéristiques des cancers épidermoïdaux. A la partie inférieure du rein se trouvait un calcul, qui avait probablement été le point de départ de l'irritation.

Le second cas concerne un homme de soixante-treize ans : le rein droit était deux fois plus gros que normalement, il n'y avait pas de dilatation des bassinets ni des calices, le rein était tellement dégénéré qu'il n'en restait que des traces. Les bassinets et calices cancéreux étaient rétrécis ; enfin il y avait une dégénérescence cancéreuse de l'uretère.

Un troisième cas opéré récemment par M. Billroth a trait à un homme de cinquante-six ans. Le rein est quatre fois plus gros que normalement, l'enveloppe graisseuse et la capsule du rein sont très épaissies. Le rein est presque entièrement remplacé par un cancer épidermoïdal. Dans ce cas le carcinome s'est propagé également des bassinets et des calices au rein proprement dit.

Pour mieux faire comprendre la formation de ces cancers épidermoïdaux, M. Kundrat rappelle cet état qu'on désigne sous le nom de xérose de la membrane muqueuse, et dans lequel la muqueuse des voies urinaires supérieures est sèche et très analogue à l'épiderme. Cet état se rencontre dans les cysto-pyérites chroniques.

Le cancer épidermoïdal s'observe toujours à un âge avancé.

Dans la seconde forme de cancer épidermoïdal du rein, l'infection a lieu par les vaisseaux lymphatiques. C'est ce qui a eu lieu chez une femme atteinte d'un carcinome de l'utérus et chez laquelle les ganglions lymphatiques du bassin et de la colonne vertébrale étaient également cancéreux ; il en est résulté une infiltration carcinomateuse du rein. Cette seconde forme n'a aucun intérêt pratique ; la première, au contraire, a une grande importance, car elle impose le devoir, quand on pratique la néphrectomie, d'extirper tout ce qu'il y a de carcinomateux dans les bassinets.

OBSERVATION XXII (Barrié)

Epithélioma du rein. Généralisation. Société anatomique 1890.

Le nommé Jail..., 36 ans, employé, entre le 2 novembre 1889, salle Saint-Bernard, n° 16, Hôtel-Dieu annexe, service de M. F. Dreyfous, recueillie par M. Barré.

Autopsie. — Thorax. Les deux poumons, surtout le droit, présente des noyaux cancéreux disséminés entourés de foyers de congestion. Ces noyaux siègent surtout dans la plèvre. A l'origine des bronches et dans le médiastin postérieur on trouve des ganglions lymphatiques volumineux d'aspect blanchâtre donnant par le râclage une assez grande quantité de suc laiteux. Du côté gauche les noyaux cancéreux sont moins nombreux. Il existe au sommet de l'induration qui macroscopiquement paraît être d'origine tuberculeuse.

A la face interne des espaces intercostaux droits, on remarque trois ou quatre nodules cancéreux, sur le cœur on trouve quelques plaques d'athérome sur l'aorte et la grande valve de la mitrale.

Abdomen. — Rein droit très augmenté de volume ayant 20 centimètres de long sur 14 de large. Il est globuleux, à surface dure et bosselée, et pèse avec la capsule surrénale et la veine, 750 grammes.

A la coupe on voit qu'il est entièrement dégénéré, sauf une

très faible partie de son extrémité inférieure, où on reconnaît la structure du rein. Le reste de l'organe est constitué par un tissu blanc jaunâtre avec des vaisseaux extrêmement dilatés, des ecchymoses et des lacunes remplies de sang dues au ramollissement d'une partie de la tumeur. La capsule entoure toute la tumeur.

La capsule surrénale est normale, mais un peu déplacée à cause de l'hypertrophie du rein. L'uretère est normale, mais le bassinnet présente un bourgeon cancéreux, source des hémorragies, entouré d'un caillot sanguin. La veine rénale contient un caillot organisé. La veine cave est saine.

Le rein gauche ne paraît pas hypertrophié. Il présente cependant près de son bord convexe un petit noyau secondaire d'aspect blanchâtre.

La vessie et la prostate sont normales. A la face inférieure du foie on trouve un petit noyau cancéreux ; il n'en existe pas dans la profondeur de l'organe.

La rate un peu plus grosse que normalement ne présente pas trace de cancer.

L'épididyme droit présente une tumeur bosselée dure donnant à la coupe un suc laiteux. Le testicule n'est pas atteint et présente un léger degré d'atrophie.

OBSERVATION XXIII (Souques)

Note sur un cas d'adénome du rein droit. Société anatomique, 1890.

Le nommé J. Har..., âgé de 60 ans, inspecteur de la société protectrice des animaux, entré le 31 juillet, salle Lasègue, n° 26, dans le service de M. le Dr Chauffard,

Autopsie. — Le cœur est volumineux, la valvule mitrale assez dilatée, elle est un peu intéressée, un léger épaississement du bord libre sans rétraction cicatricielle.

L'aorte présente une dilatation cylindroïde de la crosse

sans insuffisance. Toute sa face interne est tapissée de plaques d'athérome irrégulières de forme calcifiées en partie. Ces plaques descendent jusque dans le fond des nids sigmoïdes. L'orifice des coronaires n'est pas oblitéré, mais ces vaisseaux sont durs, rigides et rétrécis.

Le cœur droit est dilaté et renferme quelques caillots agoniques.

Le foie offre à un faible degré les lésions des foies cardiaques.

Les poumons ne présentent aucune altération appréciable.

Les reins présentent des lésions intéressantes. Le rein gauche est de poids et d'aspect normaux. La capsule se décortique aisément. On y voit aucune trace de lobulation mais deux kystes du volume d'une noisette. Le rein droit pèse 240 grammes Il se présente sous un aspect normal à la partie inférieure. A son extrémité supérieure, on aperçoit quelques bosselures agglomérées, du volume d'une noix environ et correspondant à des lésions internes que nous allons décrire plus haut.

La capsule se décortique assez facilement au niveau de ces bosselures où la décortication entraîne des lambeaux de substance rénale et met à nu une substance néoplasique.

Sur une coupe longitudinale et transversale du rein allant du hile au bord externe on sectionne un néoplasme qui sur la coupe se présente sous la forme d'une tumeur occupant sur la moitié supérieure de la surface rénale de la grosseur d'un œuf de poule de couleur blanc grisâtre formée par l'agglomération de nodules indépendants.

Ces nodules ont un volume très variable (pois à cerise), leur forme est arrondie ou ovalaire, ils se touchent et ne sont séparés que par une barre épaisse de tissu conjonctif qui les enkyste séparément et les isole les uns les autres. Au toucher, la plupart sont fermes et résistants légèrement grenus.

D'autres sont ramollis, dégénérés, brunâtres, formant des foyers analogues à ceux de l'hémorragie cérébrale. Autour de ces néoplasmes multiples volumineux unis et séparés par

des tractus fibreux se voient quelques petites nodules du volume d'un grain de millet siégeant dans la substance corticale et séparés de la masse centrale par du tissu rénal sain en apparence.

L'aspect de l'ensemble de la coupe rappelle celui du cancer en amande du foie si on a fait abstraction des tractus fibreux reliant les nodules.

La masse centrale ne semble pas située dans la portion corticale, mais immédiatement en dedans de celle-ci en plein parenchyme médullaire, substituée qu'elle est aux pyramides de Malpighi et aux colonnes de Bertin dont il n'existe plus de trace. La substance corticale est envahie dans les petits îlots que nous avons signalés.

Cette tumeur présente les dimensions suivantes dans le sens vertical 6 centimètres et cinq dans le sens transversal.

Sur une coupe transversale et antéro-postérieure du rein, au niveau de l'adénome, on voit que la masse morbide s'étend à peine en certains points dans la substance corticale, qu'en d'autres points elle l'envahit totalement et apparaît à la surface du rein pour former sous la capsule des bosselures externes que nous signalions dès le début.

Ces bosselures répondent en général à des adénomes volumineux et ramollis au centre.

Du reste sur cette coupe l'aspect du néoplasme est toujours le même; noyaux adénomateux encapsulés par une enveloppe fibreuse résistante.

Les ganglions voisins ne sont pas intéressés.

La capsule surrénale est intacte.

Les vaisseaux rénaux présentent quelques lésions intéressantes.

L'artère est normale.

La veine est obstruée incomplètement par un caillot fibreux adhérent à la paroi par des adhérences fines et résistantes. Ce caillot s'étend du hile à l'embouchure de la veine dans le système-cave inférieur. Si on le poursuit dans le paren-

chyme rénal, on constate qu'il ne se plonge pas dans toutes les branches d'origine de la veine rénale, mais dans une seule se dirigeant vers l'extrémité supérieure du rein. Il est à remarquer que le système veineux cortical n'est pas plus développé qu'à l'état normal.

Examen microscopique. — Nous avons fait de nombreuses coupes, la plupart sur le rein droit, quelques-unes sur le rein gauche. Celles-ci ne nous ont révélé que des traces de sclérose rénale diffuse.

Sur le rein malade les coupes ont porté en deux points différents.

Suivant le conseil de Sabourin, nous avons traité les coupes par l'éther, sur les coupes ainsi préparées, on distingue les altérations suivantes. Les nodules adénomateux sont séparés par un tissu conjonctif adulte renfermant peu de noyaux.

Dans ce stroma fibreux, on voit de distance en distance des vaisseaux volumineux dont la paroi est épaissie.

Par places on distingue aisément des petits îlots dégénérés dont quelques-uns dépassent à peine le volume d'un tubulus et qui semblent au début de leur évolution.

Du côté du parenchyme rénal le stroma se perd insensiblement entre les tubes voisins qui sont du reste en grande partie détruites à ce niveau.

Du côté du néoplasme le stroma semble émettre de nombreux prolongements fins et déliés qui se divisent et se subdivisent pour circonscrire un grand nombre de loges arrondies ou ovalaires de grandeur variable complètement isolées ou communiquant entre elles et remplies par des cellules sur la nature desquelles nous allons revenir. C'est une véritable disposition aréolaire.

Sur quelques préparations les cellules qui remplissent les mailles de ce réticulum ont disparu à la suite de dix diverses manipulations. Ailleurs, au contraire, elles sont tassées serrées les unes contre les autres, elles ont cependant la forme cylindrique. Leur noyau est le plus souvent unique et prend mal les couleurs d'aniline.

Ces cellules sont déformées par pressions reciproques sur des coupes portant sur les portions du rein en apparence saines ; on remarque très nettement des lésions de sclérose diffuse. Au niveau des glomérules la capsule de Bowman est épaissie et de fines irradiations du tissu conjonctif en partent pour s'infiltrer entre les tubuli voisins.

Les glomérules sont du reste inégalement atteints, les uns paraissent à peine intéressés, les autres sont légèrement touchés, d'autres enfin ont complètement subi la transformation fibreuse en formant çà et là des îlots de sclérose. Ce n'est qu'avec un fort grossissement qu'on se rend compte de l'origine de ces îlots. Ce tissu de sclérose est un tissu adulte.

Ailleurs, au centre de ces îlots de sclérose, se voit la coupe d'une artère dont les tuniques sont épaissies et fibreuses.

Ailleurs enfin la lésion est tellement avancée qu'il est impossible de dire si elle a débuté, au niveau de ces glomérules, ou d'une artériole.

Au milieu de ces îlots on trouve quelques vestiges de tubulus dégénérés en voie de disparition ou de transformation. D'une façon générale l'épithélium des tubuli est plus ou moins altéré.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du rein est presque toujours un épithélioma et la forme la plus fréquente est l'épithélioma tubulé ou diffus.

2° Il comprend alors trois stades, le premier où il n'est pas diagnosticable, le second où il est opérable, le troisième où il se propage à l'économie tout entière.

3° Il est parfois bilatéral.

4° Quand il débute dans les bassinets il présente la forme pavimenteuse, quand il débute dans les tubes il présente la forme cylindrique. Dans ce dernier cas, les cellules sont cylindriques, à sommets obtus, opaques, et rappellent l'épithélium des *tubuli contorti*. Cette dernière forme est la forme la plus envahissante de l'épithélioma du rein.

Vu par le Président de la thèse,
TARNIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Thèse de Lyon*, 1886. — Du rein polikystique.
Thèse de Chevalier, 1891 (De l'intervention chirurgicale dans
les tumeurs malignes du rein).
Clinique de Lancereaux, 1886, série 3.
Bulletins de la Société anatomique, 1887, 1888, 1889, 1890.
Semaine médicale, 17 juin 1891.

